



[Accueil](#) > [Revue](#)s > [M• decine](#) > [M• decine](#) > Texte intégral de l'article

Recherche
avancée

Panier

English
version



[Nouveautés](#)
[Catalogue/Recherche](#)
[Collections](#)



[Toutes les revues](#)
[M• decine](#)
[M• decine](#)
[- Numéro en cours](#)
[- Index thématique](#)
[- Archives](#)
[- S'abonner](#)
[- Commander un numéro](#)
[- Plus d'infos](#)
[Biologie et recherche](#)
[Santé publique](#)
[Agronomie et Biotech.](#)



[Mon compte](#)
[Mot de passe oublié ?](#)
[Activer mon compte](#)



[S'abonner](#)
[Licences IP](#)
[- Mode d'emploi](#)
[- Demande de devis](#)
[- Contrat de licence](#)
[Commander un numéro](#)
[Articles](#) [la carte](#)
[Newsletters](#)



[Publier chez JLE](#)

Texte intégral de l'article

Version
imprimable
 Version
PDF

Lombalgie chronique et arrêt de travail Regards croisés patients/m• decins

[M• decine. Volume 2, Numéro 4, 180-2, Avril 2006, Vie professionnelle](#)

R• sum•

Auteur(s) : Agn• s Nicot et Philippe Nicot, M• decin conseil ELSM de Limoges - nicotphi@club-internet.fr .

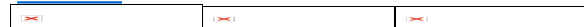
R• sum• : Contexte : la lombalgie chronique commune a des conséquences socio-économiques importantes. Les recommandations de pratiques cliniques préconisent une réinsertion professionnelle précoce, ce qui est loin d'être la réalité quotidienne. Objectif : comprendre ce que représente l'arrêt de travail et identifier les obstacles à la reprise du travail du point de vue des patients, médecins traitants et médecins conseils. Méthode : enquête réalisée auprès des assurés affiliés auprès de la CPAM de Haute-Vienne en arrêt de travail depuis plus de 4 mois pour lombalgie, de leurs médecins traitants, et des médecins conseils. Résultats : propos d'une éventuelle reprise du travail, la perception de l'objectif principal du traitement était la guérison pour respectivement 57 % des patients, 25 % des médecins traitants et 28 % des médecins conseils. Ils envisageaient une reprise moyennant une adaptation des conditions de travail (respectivement 21, 46 et 39 %). Une reprise du travail malgré la douleur est rarement envisagée (respectivement 3, 6 et 3 %). Ils considéraient le repos comme un élément essentiel du traitement (54, 67 et 70 %). Parmi les obstacles à la reprise intervenaient la douleur (respectivement 51, 30 et 48 %), puis le retentissement dans les activités quotidiennes (42, 40 et 19 %). 7 % des patients craignaient la reprise en raison de la pratique d'un métier à risque. Discussion : le doute reste important pour les trois parties quant à la possibilité d'un travail adapté peut exprimer la fois le scepticisme sur le contexte professionnel actuel et la méconnaissance du rôle du médecin du travail, au total peu sollicité par les trois parties. Ces aspects devraient être explorés, car ils remettent en question la pertinence des recommandations. Conclusion : il semble possible, dans des limites qui restent à définir, de proposer à nos patients lombalgiques de partager la décision de reprise du travail malgré la douleur, non comme une sanction, mais comme un élément indispensable à la guérison, condition de parfois modifier radicalement leurs conditions de travail.

Mots-clés : lombalgie, chronique, arrêt de travail, relation médecin patient

[Revue](#)
[Ouvrages](#)



[Espace annonceurs](#)
[Droits](#) [trangers](#)
[Diffuseurs](#)



[Illustrations](#)

ARTICLE

Introduction

La lombalgie chronique commune (ce qui exclut toute affection lombaire secondaire à une atteinte infectieuse, inflammatoire, tumorale ou traumatique) a des conséquences socio-économiques importantes en termes de recours aux soins, d'absence au travail, de dégradation de la qualité de vie et d'éventuelles entrées en invalidité. Elle est cause de 7 % des arrêts de travail avec 12 millions de journées de travail indemnisées chaque année [1-2]. Les recommandations de pratiques cliniques [3] préconisent une réinsertion professionnelle précoce après avis du médecin du travail, ce qui est loin d'être la réalité quotidienne. Patients et médecins sont-ils prêts à suivre cette recommandation ? Nous avons cherché à comprendre ce que représentait l'arrêt de travail dans le cours de l'affection pour les patients, les médecins traitants et les médecins conseils, et à identifier les obstacles à la reprise du travail perçus par chacun d'eux. Notre objectif est de mieux comprendre les difficultés à suivre les recommandations pour chercher des solutions.

Méthode

Cette enquête a été réalisée entre avril et octobre 2000 auprès de tous les assurés affiliés auprès de la CPAM de Haute-Vienne en arrêt de travail depuis plus de 4 mois pour lombalgie, qu'il s'agisse d'une maladie, d'un accident du travail ou de maladie professionnelle.

Chacun d'eux, vu au service médical de l'assurance-maladie, était invité à remplir un questionnaire. Son médecin traitant remplissait un questionnaire analogue complété de questions médicales plus spécifiques. Le médecin conseil faisait de même après examen clinique de l'assuré. La saisie des questionnaires a été réalisée de façon anonyme à l'aide du logiciel épi Info. Sur les 94 patients sélectionnés, 27 ont été exclus de l'étude : 5 en raison d'une pathologie autre, 6 parce qu'il manquait l'un des questionnaires, 16 parce qu'ils avaient repris le travail à temps complet.

Résultats

Sur les 67 patients (42 hommes et 25 femmes, âge moyen : 44 ans), 60 % étaient des ouvriers qualifiés, 19 % des employés de service aux particuliers, 16 % des conducteurs intensifs, 5 % sans emploi ; pour 52 %, il s'agissait d'un arrêt maladie, pour 48 % un accident du travail ou maladie professionnelle ; 82 % avaient des antécédents de lombalgie ou lombosciatique, ayant dans 80 % des cas motivé des arrêts de travail antérieurs et dans 89 % des cas des examens complémentaires. Les tableaux cliniques étaient variés : lombalgie sans déficit neurologique (21 patients) ou avec (11), douleurs lombaires chroniques sans signe clinique objectif majeur (19), douleurs persistant après discectomie (16). Ces patients se disaient soulagés par le repos (54 %), les médicaments (21 %), la kinésithérapie (15 %), l'intervention chirurgicale et/ou l'infiltration (10 %). 58 % avaient peur de souffrir à nouveau s'ils reprenaient le travail.

53 médecins généralistes ont rempli 61 questionnaires sur les 67, 4 médecins spécialistes (dont 3 rhumatologues) les 6 autres ; 7 médecins conseils ont reçu les 67 assurés. Les opinions comparées des patients et des médecins sur une éventuelle reprise du travail sont résumées dans le [tableau 1](#). Les avis médicaux sur les obstacles à la reprise du travail sont résumés dans le [tableau 2](#).

Discussion

Les limites évidentes de cette étude (petit nombre, questionnaires fermés, recrutement "administratif" limité géographiquement, etc.) interdisent toute extrapolation, mais nous ont semblé poser les questions essentielles.

Regards croisés patients/médecins

Comme l'ont noté de nombreuses autres publications [4-6], ces patients exercent souvent des professions peu qualifiées. S'ils semblaient ici a priori plus exigeants que les médecins sur les résultats du traitement (6 sur 10 espéraient une "guérison"), ils étaient moins attachés à l'importance du repos comme élément thérapeutique et envisageaient moins facilement une adaptation de leur poste de travail. Les deux premiers points (guérison et repos) relèvent sans doute partiellement de représentations et devraient faire l'objet de recherches spécifiques. Le doute très important pour les trois parties quant à la possibilité d'un travail adapté peut exprimer à la fois le scepticisme sur le contexte professionnel actuel, surtout dans cette étude où il s'agissait dans l'ensemble de professionnels peu qualifiés, et la méconnaissance du rôle du médecin du travail, au total peu sollicité par les trois parties. Cet aspect devrait être exploré, car il remet en question la pertinence des recommandations.

Malgré les recommandations, patients et médecins envisageaient très peu la reprise du travail malgré la douleur : là encore, il y a contradiction avec les recommandations. Mais est-il réaliste de demander à des patients douloureux de reprendre un travail dont les gestes mêmes risquent de déclencher la douleur ?

Recommandations actuelles

En 2000, en dehors des problèmes de prise en charge spécifique de la douleur, l'accord professionnel préconisé par le groupe de travail de l'Anaes [3] portait sur deux points-clés :

recommander précocement l'exercice physique ;

faciliter la réinsertion professionnelle du lombalgique chronique en sollicitant rapidement le médecin du travail, conformément au code du travail.

Notre enquête montre que ces recommandations n'ont pas été suivies... Des recommandations anglaises analogues, en 1994, avaient fait l'objet d'une étude randomisée qui montrait la même inefficacité en Grande-Bretagne [7]. On peut en conclure au minimum que ces recommandations nécessiteraient une mise en oeuvre particulière elle reste à définir tant auprès des patients que des médecins.

Remarques complémentaires

Le concept biopsychosocial défini par Waddell [5] élargit les données du problème au contexte socio-culturel et professionnel du patient : selon ce concept, plus le temps passe, plus le contexte psycho-social s'alourdit, et moins la prise en charge habituelle (médicaments, kinésithérapie...) peut améliorer le patient. C'est ce qu'exprime le groupe de travail de l'Anaes [3] en souhaitant que l'on évite une médicalisation excessive du problème. C'est sans doute ce qui justifie le conseil médical incitant au maintien de l'activité pour accélérer la rémission et le retour au travail, au changement d'organisation du travail et l'aménagement du poste de travail pour favoriser une reprise de travail [3, 8-9]. Aucune étude ne permet d'affirmer l'efficacité de ces interventions dans la prévention de rechutes des lombalgies chroniques [6]. Cela représente également un champ d'investigation essentiel.

Conclusion

Dans ce contexte, nos patients sont sans illusion sur un quelconque "traitement magique" lorsque celui-ci n'existe pas, mais ils attendent de leurs médecins une écoute empathique [10]. Il semble possible,

dans des limites qui restent à définir, de leur proposer de partager la décision de reprise du travail malgré la douleur, non comme une sanction, mais comme un élément indispensable à la guérison, à condition de parfois modifier radicalement leurs conditions de travail. Une coordination précoce incluant patient, médecin traitant, médecin du travail et médecin conseil devrait être initiée au plus tôt, en tout cas avant le 3^e mois d'arrêt de travail pour favoriser le retour au travail dans des conditions adaptées, évitant ainsi de nombreuses chronicisations. Ce jour, le décret du 23 décembre 2004 relatif à la consultation du médecin du travail par le médecin conseil ne le permet toujours pas.

Nous tenons à remercier chaleureusement tous ceux, nombreux, qui nous ont aidé à réaliser ce travail.

Références

Institut national de la santé et de la recherche médicale. Rachialgies en milieu professionnel : quelles voies de prévention ? Paris: Inserm; 1995.

Ministère de l'emploi et de la Solidarité Haut Comité de la Santé Publique. La Santé en France 1994-1998. Paris: La Documentation Française; 1998.

Anaes. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution, 2000, 52 p. www.has-sante.fr.

Valat JP, Goupille Ph, Rozenberg S, Urbinelli R, Allaert F et les membres de la section rachis de la Société française de Rhumatologie. Indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies aiguës. élaboration par l'étude d'une cohorte de 2 487 patients. Rev Rhum Ed Fr. 2000;67:528-35.

Rivier G. Lombalgie commune et retour au travail : quelques réflexions autour d'un problème complexe. Rev Med Suisse Romande. 2001;121:423-30.

Charlot J. évaluation des méthodologies de reprise du travail des salariés lombalgiques chroniques. Rev Rhum Ed Fr. 2001;68:166-9.

Barnett AG, Underwood MR, Vickers MR. Effect of UK national guidelines on services to treat patients with acute low back pain : follow up questionnaire survey. Br Med J. 1999;318:919-20.

Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. Br J Gen Pract. 1997;47:647-52.

Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? Paris: Inserm; 2000.

Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJJ, O'Dowd TC. Patient's views of low back pain and its management in general practice. Br J Gen Pract. 1996;46:153-6.



[Qui sommes-nous ?](#) - [Contactez-nous](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Paiement s](#) [curis](#)

[Actualit](#) [s](#) - [Les congr](#) [s](#)

Copyright © 2007 John Libbey Eurotext - Tous droits r [serv](#) [s](#)

[[Informations l](#) [gales](#) - [Powered by Dolom](#) [de](#)]